1879
Lane Medical Library

ÜBER

SCHEIDEN- UND UTERUSVORFÄLLE UND DEREN RADIKALHEILUNG.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM FREITAG, DEN 1. AUGUST 1879,

MITTAGS 12 UHR,

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

REINHARD KOEHNE

AUS SCHLESIEN.

OPPONENTEN:

O. GÜNTHER, DR. MED. UND PRAKT. ARZT.
M. KLOSTERHALFEN, CAND. MED.
M. MORITZ, DRD. MED.

GREIFSWALD,
DRUCK VON CARL SELL
1879.

Seinen Theuren

ELTERN UND GESCHWISTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Unter den Krankheiten der weiblichen Genitalien können der Uterus- und Scheidenvorfall ein ganz besonderes Interesse von Seiten der praktischen Medicin beanspruchen. Schon in ältester Zeit war die Krankheit eine der häufigsten Plagen der Frauen und dies kann nicht Wunder nehmen, da die überwiegende Mehrzahl der Vorfälle das Wochenbett als ätiologisches Moment aufzuweisen hat. Wegen der mannigfachen Beschwerden und Folgezustände, welche für gewöhnlich dem Leiden anhaften, haben ihm von jeher die Praktiker ein lebhaftes Interesse zugewendet, wobei noch ein Umstand ganz besonders anregend wirken musste, nämlich die ausserordentliche Schwierigkeit, die sich bei den Versuchen der Radikalheilung bot. Trotz der Jahrhunderte langen Bemühungen aber scheint erst in der allerneuesten Zeit ein Fortschritt in dem Heilverfahren gemacht zu sein, der zu der Hoffnung berechtigt, dass man dieses Schreckgespenstes der Frauen Herr zu werden vermöge.

Weiter unten will ich versuchen, eine Schilderung und Kritik der verschiedenen Heilverfahren nach den bis jetzt gemachten Erfahrungen zu liefern. Zunächst sei es mir aber gestattet, Einiges über die anatomischen Verhältnisse sowie über die Symptome und Folgezustände der Vorfälle zu sagen. Es wird sich daraus mit Leichtigkeit ergeben, wie wünschenswerth es ist, eine allen Anforderungen einer Radikalheilung entsprechende Methode zu finden.

Prädisponirendes Moment für die Entstehung der Vorfälle ist unzweifelhaft eine Erschlaffung in den Verbindungen der Eingeweide des kleinen Beckens. Will man classificiren, so lässt sich unterscheiden zwischen Scheidenvorfall ohne Uterusvorfall und der Combination beider. Es können beide Scheidenwände prolabirt sein, oder nur die vordere, oder nur die hintere. Sind nur Scheidentheile ohne Tiefertreten des Uterus vorgefallen, so muss gleichzeitig eine Hypertrophie der Scheidenschleimhaut vorhanden sein; eine prolabirende nicht hypertrophirte Scheide würde den Uterus nach sich ziehen müssen. In der That ist die Schleimhaut bei nicht akuten Vorfällen stets verdickt, theils durch Hypertrophie des submucösen Bindegewebes, theils durch Austrocknung und Verhornung der Epithelschicht, welche epidermisähnlich oder lederartig werden kann. Sehr häufig sind Ulcerationen der Schleimhaut durch äussere Reize.

Die vordere Scheidenwand ist an die Blase, die hintere an das Rectum geheftet. Bleibt die Verbin-

dung in beiden Fällen fest, so kann sich in dem einen eine Einstülpung des Blasengrundes, in dem andern eine solche des Rectum in den vorgefallenen Theil bilden. Das erstere, die sogenannte Cystocele, ist häufig, das letztere, die Rectocele, seltner.

Beim Uterusprolaps kann man unterscheiden zwischen vollständigem Prolaps, unvollständigem Prolaps, und blosser Senkung. Im ersten Falle liegt der Uterus ganz oder theilweise vor den äusseren Geschlechtstheilen, im zweiten erscheint der Muttermund in der Schamspalte und im dritten steht der Uterus merklich tiefer, ohne äusserlich sichtbar zu sein. — Ausserdem kommen Ante- und Retroversionen vor nebst den entsprechenden Flexionen, die in keiner ursächlichen Beziehung zum Prolaps zu stehen scheinen. Die Retroversion kann Folge des sich ausbildenden Prolapses sein, denn der Uterus muss ziemlich stark retrovertirt sein, wenn er prolabiren soll, weil er sich in normaler Haltung während der Senkung bald auf den Beckenboden stützen würde.

Ein wichtiges Moment für die Erhaltung des Uterus in seiner Lage ist die normale Beschaffenheit der Scheide. Soll der Uterus prolabiren, so kann das nicht geschehen, ohne dass auch beträchtliche Veränderungen in Scheide vor sich gehen. Der Uterus kann seiner Neigung zum Prolaps nur folgen, wenn die Scheide invertirt wird oder mitprolabirt.

In der weitaus grössten Anzahl von Uterusvor-

fällen ist der Uterus hypertrophisch und zwar kann die Sonde eine Verlängerung bis zu $5^1/_2$ Zoll ergeben. Die Vaginalportion ist gewöhnlich verstrichen, der Muttermund kann ektropiiren, so dass in einzelnen Fällen der innere Muttermund zum äusseren wird. Auch hier finden sich häufig mehr oder weniger beträchtliche Erosionen und Ulcerationen. Cystocele ist ebenfalls ziemlich häufig, Rectocele selten. Zuweilen ist der Uterus auch atrophisch, besonders im höheren Alter. Von Seiten des Bauchfells finden sich für gewöhnlich keine Anomalien, manchmal liegt eine Bauchfellfalte mit in dem prolabirten Theil der Vaginalwand.

Es möchte von Wichtigkeit für die Therapie sein, die Frage zu entscheiden, ob der Uterus- oder der Scheidenvorfall das Primäre sei. Es ist nun Thatsache, dass in der Mehrzahl der Fälle der Scheidenvorfall dem des Uterus vorangeht, seltener ist der Uterusvorfall das Primäre. Ausserdem finden sich reine Scheidenvorfälle, wenigstens Vorfälle beider Scheidenwände ohne Uterusvorfall verhältnissmässig selten, dagegen häufig das Gegentheil. Schon das muss die Vermuthung nahe legen, dass ein beträchtlicherer Scheidenvorfall einen Uterusvorfall nach sich ziehen könne. Schröder behauptet, dies sei nicht der Fall, sondern das Moment welches den Scheidenvorfall bedinge, bedinge auch den Uterusvorfall. Allein die Sache lässt sich auch anders auffassen. Man bedenke, dass in der Mehrzahl der Fälle der Uterus hyper-

trophisch ist. Diese Hypertrophie kann ja nun auch abgesehen von andern Ursachen einmal darin ihren Grund haben, dass die prolabirende Scheide auf die Vaginalportion und den Cervix durch Zug einen bedeutenden Reiz ausübt, der zu einer Vergrösserung des Uterus führt, denn auch schon bei Scheidenvorfall sind die Circulations-Verhältnisse des kleinen Beckens alterirt. Es treten Stauungen ein, die einen chronischen Uterusinfarkt bewirken können. Ist der Uterus aber erst einmal vergrössert, so wird er auch leicht prolabiren, wenn die Scheide bereits im Prolaps begriffen ist, denn wenn der Scheidenprolaps nicht auf einer Hypertrophie der Schleimhaut beruht, so muss die normale Spannung des Bindegewebes im kleinen Becken bereits nachgelassen haben. Es würden in diesem Falle alle Bedingungen des Uterusprolapses vorhanden sein und es ist nicht einzusehen, warum nicht auch auf diese Weise secundär ein Uterusvorfall aus einem Scheidenvorfall hervorgehen könne. Es würde sich, wenn diese Betrachtung richtig ist, die Nothwendigheit ergeben, auch Scheidenvorfälle, wenn sie einigermassen beträchtlich sind, früh zu operiren, um prophylaktisch gegen den Uterusvorfall zu wirken. Die Verlängerung des Cervix findet sich übrigens bei allen Vorfällen so häufig, dass sich Huguier zu der Behauptung verleiten liess, die meisten Uterusprolapse seien nur Cervixverlängerungen. In diesem Falle würde die Amputation oder die von ihm vorgeschlagene Excision

des Cervix die richtige Therapie sein. Dass Huguier's Anschauung eine irrige sei, bedarf heut keines Beweises mehr. Doch lässt sich nicht läugnen, dass das von ihm vorgeschlagene Verfahren zur Unterstützung anderer Methoden vortheilhaft sein kann.

Wenn man den Uterus- und Scheidenprolaps als vollendetes Factum zu Gesicht bekommt, so wird nur in Ausnahmefällen mit Hülfe der Anamnese die Entscheidung der Frage möglich sein, welches von Beiden das Primäre sei, da sehr selten andere als längst bestehende, schon hochgradige Fälle zur Behandlung kommen. Es lassen sich bis jetzt nur theoretische Betrachtungen anstellen oder allenfalls Rückschlüsse von der Therapie machen, obgleich es sehr wünschenswerth wäre, die Entstehungsweise in jedem Falle zu wissen. Wäre die Uterus- oder Cervixhypertrophie das Primäre, so müsste eine Behandlung derselben auch den Prolaps heilen. Wäre dagegen der Scheidenvorfall das Primäre, so müsste eine Behandlung desselben auch eine Rückbildung des Uterus bewirken können. In der That ist Beides möglich. Das Letztere ist besonders auffallend, wir werden aus einem der unten anzuführenden concreten Fälle sehen, dass durch eine Operation in der Scheide der Uterus sich zurückzubilden vermag.

Noch ein Moment kann für die Entstehung der Vorfälle in Betracht kommen. Es ist sicher, dass zuweilen ein Dammriss Gelegenheit zum Vorfall geben kann, doch gehört unzweifelhaft immer eine

Disposition dazu, denn es existiren auch alte Dammrisse ohne Prolaps.

Sehr selten entsteht der Uterusprolaps acut durch sehr heftige Bauchpressenwirkung, Sprung, Fall, schweres Heben, Erbrechen und dgl. Bei Nulliparen ist der Vorfall nur möglich bei ganz besonderer Disposition. Weinberg fand unter 174 mit Prolaps Behafteten nur 6, Scanzoni unter 114 nur 15 Nullipare. Bei vorhandener Prädisposition sind in erster Linie als Gelegenheitsursachen vermehrte Schwere des Uterus und Verstärkung der Bauchpresse zu nennen. Am günstigsten sind diese Verhältnisse im Wochenbett, wo die Verbindungen sämmtlicher Beckenorgane unter einander gelockert werden und der Uterus sich von bedeutender Grösse zur normalen zurückbilden soll. Findet die physiologische Involution des Uterus im Wochenbett nicht völlig statt, so ist eine wesentliche Bedingung für den Vorfall gegeben. Es bedarf nur noch einer Gelegenheitsursache. Diese kann bestehen in verstärktem intraabdominalem Druck, wie bei chronischer Obstipation; dann sind zu nennen Tumoren, Ascites, besonders aber schwere körperliche Arbeit. Endlich erschlaffen die Organe des kleinen Beckens leicht im höheren Alter durch Fettgewebsschwund und es kann sich in diesem Falle auch bei normalem Uterusgewicht und ohne besondere Gelegenheitsursache ein Prolaps ausbilden.

Was die Symptome und Folgezustände der Vorfälle betrifft, so rufen leichtere Fälle wohl nur bei besonders reizbaren Individuen hervorragende Beschwerden hervor. Zuweilen machen auch grosse Vorfälle nur geringe Symptome. Oft jedoch, besonders in hochgradigen Fällen, sind dieselben sehr lästig. Störungen des Allgemeinbefindens können vorhanden sein in der Art, dass durch den Zug nach unten Magenreizung, Uebelkeit, Erbrechen sich einstellen; Kreuzschmerzen und ein Gefühl von Drängen nach unten sind fast stets vorhanden. Die Conceptionsfähigkeit ist verhältnissmässig selten beeinträchtigt. Menstruationsbeschwerden finden sich wohl fast nur bei beträchtlicheren gleichzeitigen Versionen und Flexionen. Ferner können die verschiedenen Menstruationsanomalieen vorhanden sein, welche durch chronischen Uterusinfarct hervorgerufen werden. Die Cystocele kann Beschwerden beim Uriniren, Blasenkatarrh, Stagnation des Urins und Bildung von Concrementen bewirken. Manchmal ist das Uriniren nur möglich nach vollständiger oder theilweiser Reposition. Durch Zerrung der Ureteren bei hochgradiger Cystocele kann es zu Störungen in der Urinsecretion mit Erweiterung der Ureteren und zu Hydronephrose, durch Rectocele zu Störungen in der Defäcation kommen. Da die breiten Mutterbänder sich stark spannen und den Vorfall erst allmählig zulassen, so können sich Stauungshyperämieen der Tuben und Ovarien mit weiteren

Folgen bilden. Bei dazu disponirten Personen zeigen sich nervöse Erscheinungen bis zu ausgesprochener Hysterie und reflektorischer Psychose.

Anfänglich zieht sich der Uterus in der ruhigen Rückenlage spontan des Nachts zurück oder er kommt erst nach schwerer Arbeit hervor. Später ist angestrengte Arbeit unmöglich, da jede Bewegung heftige Schmerzen verursacht. Die mechanischen Insulte rufen Erosionen der Scheidenschleimhaut und der inneren Schenkelfläche hervor, es bilden sich Geschwüre mit diphtheritischer oder jauchiger Oberfläche. Die Blase kann durch Ulcerationen eröffnet werden oder es stossen sich gangränöse Theile des Uterus und in seltenen Fällen der ganze Uterus los. Das Peritoneum kann sich betheiligen, indem bei plötzlichem Entstehen des Prolaps oder auch intercurrirend Perimetritiden auftreten, die den Uterus in seiner neuen Lage fixiren und dadurch den Prolaps irreponibel machen.

In Bezug auf die Prognose ergiebt sich Folgendes: Die acuten Vorfälle werden sehr leicht zu chronischen. Meist ist die Krankheit eine von Anfang an ganz langsam verlaufende, das Leben selten direkt bedrohende, doch kann es durch Gangrän, Diphtherie, Verjauchung zu lethalem Ausgang kommen. Eine chronische circumscripte Peritonitis kann zur allgemeinen acuten werden. Die Störungen in der Urinsecretion können allenfalls zu Urämie führen. Gewöhnlich ist die Krankheit ein nicht lebensgefähr-

liches, aber höchst ekelhaftes und lästiges Leiden das den Patientinnen jeden Lebensgenuss trübt und sie zur Verzweiflung bringt, und dessen Heilung ihnen im höchsten Grade erwünscht ist.

Aber gerade die Heilung bietet die grössten Schwierigkeiten, weil sich das ätiologische Moment das den Prolapsus bewirkte, nur sehr selten beseitigen lässt. Ein stark vergrösserter, nicht puerperaler Uterus bildet sich höchst selten zur normalen Grösse zurück und den einmal schlaff gewordenen Verbindungen lässt sich ihre frühere Spannung nur ganz ausnahmsweise zurückgeben. Deshalb ist auch eine Naturheilung höchst selten, am häufigsten dadurch, dass der Uterus durch peritonitische Verwachsungen in seiner normalen Lage fixirt wird, wenn er während der Peritonitis in normaler Lage war. Ganz abnormer Weise findet Naturheilung durch acute Entzündung der Scheide mit consecutiver Verengerung statt. Sehr selten ziehen vom Uterus ausgehende Tumoren, indem sie dem schwangeren Uterus ähnlich während des Wachsens in das Becken hinaufsteigen, den Uterus zurück.

Die Therapie der Vorfälle würde dann am vollkommensten sein, wenn sie in jedem Falle auf die ätiologischen Momente erfolgreich einzuwirken vermöchte. Prophylaktisch lässt sich etwas gegen den Prolaps thun, indem man während des Wochenbettes auf strengste Innehaltung der gebräuchlichen Vor-

sichtsmassregeln hält. Ist der Prolaps ausgebildet, so lässt sich eine operative und eine nicht operative Behandlung in Anwendung ziehen. Bei der nicht operativen lässt sich vielleicht bei grosser Geduld des Arztes und der Patientin Manches erreichen. Allein es ist hier zu bedenken, dass die wenigsten der mit Prolaps Behafteten sich auf eine sehr lange Zeit erfordernde Behandlung einlassen können. Die Mittel würden hier sein systematische Behandlung des chronischen Infarkts, um das Gewicht des Uterus zu vermindern, Verminderung der Bauchpressenwirkung durch constante Rückenlage, gegen die Schlaffheit der Verbindungen Adstringentien, kalte Douche; innerlich kräftige Diät. Doch leuchtet es von selbst ein, dass diese Therapie allenfalls bei ganz acuten Fällen wirksam sein wird, bei chronischen wird sie kaum einen wesentlichen Erfolg aufzuweisen haben.

Sehr gebräuchlich ist die Anwendung der Pessarien. Es ist nicht zu läugnen, dass viele Gebärmuttervorfälle durch passende Pessarien zurückgehalten werden. Allein welche Anforderungen an ein passendes Pessarium gestellt werden und wie unvollkommen das Instrument trotz aller Verbesserungen ist, das ergiebt sich schon aus der Unzahl von Modificationen welche dasselbe seit der Erfindung erlitten hat. Ausserdem aber haften selbst dem passendsten Pessarium noch Uebelstände an, die eine anderweitige Retention wünschenswerth machen. Zu-

nächst reizt jedes als Fremdkörper die Scheide und erzeugt eine beständige Leukorrhoe. Sodann muss jedes Pessarium, wenn es nicht wirkungslos bleiben soll, eine Auseinanderzerrung der Scheidenwände bewirken, dadurch wird der Canal allmählig immer mehr erweitert, so dass ein immer grösseres Pessarium nöthig wird. Es ist bekannt wie dehnbar die Vagina ist und dass es bald zu einer Grenze der Ausdehnung kommen kann, welche jedes Pessariums spottet. Ferner kann man sich leicht vorstellen, dass das Tragen eines Pessariums auch psychisch einen deprimirenden Effect auf die Trägerin auszuüben vermag, besonders wenn das An- und Ablegen mit Umständen verbunden ist. Endlich kann man sich denken, dass auch die minutiöstste Sauberkeit häufig nicht im Stande sein wird, ihre Wirkungen erfolgreich zu entfalten. Es ist selbstverständlich, dass alle diese Verhältnisse bei Frauen aus der arbeitenden Klasse noch viel schärfer vortreten als bei solchen, die genügende Sorgfalt auf sich verwenden können.

Aus dem Gesagten geht zur Genüge hervor, dass eine Radikalbehandlung, welche mit Sicherheit den Prolaps zu heilen im Stande ist, ein dringendes Bedürfniss ist. Es ist wunderbar, dass man sich erst seit dem Anfang dieses Jahrhunderts mit der Aufgabe beschäftigt hat den Prolaps durch einen chirurgischen Eingriff radikal zu heilen. Auch hierbei stiess man in der Ausbildung der verschiedenen

Verfahren auf bedeutende Schwierigkeiten und es darf nicht auffallen, dass auch Sonderbarkeiten vorgeschlagen und ausgeführt wurden. Das Originellste der Art hat wohl Chipendale geleistet, der gonorrhoïsches Sekret auf die Scheidenschleimhaut brachte, um eine acute Vaginitis mit narbiger Verengerung und Verwachsung der Scheide mit ihrer Umgebung zu bewirken. Heyfelder, Dommes und Schieffer zogen durch beide Labien silberne oder goldene Ringe, um die Vulva zu verschliessen. Die Unzweckmässigkeit des Verfahrens liegt auf der Hand. Selbst wenn die Ringe einmal nicht herauseitern sollten, so würde doch der prolabirende Uterus sich bald einen Weg durch irgend eine Oeffnung zu bahnen vermögen, und das würde sicher mit mehr Schmerzen und Unbequemlichkeiten verbunden sein, als der Prolaps vorher jemals verursacht hat.

Die älteren auf rationeller Basis beruhenden Methoden hatten theils den Zweck, die Vagina zu verengern, theils den, den Damm zu verlängern, um dem Uterus eine genügende Stütze nach unten zu geben, theils beide Methoden zu combiniren. Diese Zwecke suchte man auf verschiedene Weise zu erreichen. Der Erste, welcher den Uterusvorfall auf operativem Wege behandelte, ist wohl Gérardin gewesen, der schon 1823 durch Cauterisation der Vaginalwände Erfolge erzielt haben will. Nach ihm wurden die verschiedesten Aetzmittel in Anwendung gebracht, um Narbencontraction in der Vagina zu er-

zeugen. In Frankreich ist noch heute der Höllenstein in Gebrauch. Jobert de Lamballe erzielte eine grössere Wirkung dadurch, dass er nach den Abfallen des Höllensteinschorfes die geätzten elliptisch geformten Stellen anfrischte und durch die Nah vereinigte. Phillips bediente sich der rauchenden Salpetersäure, ein sehr gefährliches Verfahren, denn die Ausdehnung der Aetzung steht bei der tiefgreifenden Wirkung der Salpetersäure nicht im Belieben des Operateurs, ganz abgesehen von der ausserordentlichen Schmerzhaftigkeit. — Von Andern wurde das Ferrum candens in Anwendung gebracht, indem sie theils Längsstreifen an den Seiten der Vagina mit Vermeidung der Blasengegend zogen, theils ringförmige Schorfe erzeugten — Desgranges erfand das Pincement du vagin. Er erzeugte durch ein dreiblättriges Speculum Längsfalten in der Vagina und garnirte diese Monate hindurch mit langhakigen Pincetten, welche er bis zur Herauseiterung liegen liess. Die Patientinnen waren insofern sehr bald zufrieden gestellt, als sie betheuerten, von ihrem Uebel vollständig befreit zu sein, um dieser barbarischen Kur zu entrinnen. Später wandte Desgranges sogar zur Abkürzung des Verfahrens mit Chlorzink armirte Zangen an, deren Wirkung jedenfalls noch gefährlicher und qualvoller war. — Bellini fasste einen Theil der Scheidenschleimhaut mit einer Ligatur und brachte ihn so zur Mortification. Blasius

legte vier kreisförmige Ligaturen an, um ringförmige Verengerungen der Scheide zu bewirken.

Alle diese Verfahren hatten wohl den zunächst gewünschten Effekt, nämlich Verengerung der Scheide zur Folge. Die Wirkung auf den Prolaps aber war nur illusorisch. Denn wenn auch derselbe zuerst zurückgehalten wurde, so konnte auf die Dauer doch keine Heilung eintreten. Einerseits nämlich ist bekanntlich die Vagina selbst und andererseits auch das Narbengewebe einer ausserordentlichen Dehnung fähig; der sich senkende Uterus drückt auf die verengten Stellen, dehnt sie auseinander und der vorherige Zustand ist bald hergestellt. — Zu gleicher Zeit mit diesen in Aetzung bestehenden Verfahren operirte man mit dem Messer. Fricke erzielte eine Verlängerung des Dammes, indem er aus den gegenüberliegenden Theilen des Scheideneinganges an den hinteren Theilen der grossen Labien Flächen aus der Schleimhaut schnitt und die wunden Stellen vereinigte. Die Heilung per primam intentionem gelang ohne Schwierigkeit und der Erfolg war zuerst ein überraschender. Der Uterus wurde durch den nach oben verlängerten Damm in der Scheide zurückgehalten, dauerhafte Heilung aber wurde nicht erzielt; der Uterus dehnte den neugebildeten Dammtheil durch seinen constanten Druck, die vordere Oeffnung wurde wiederum vergrössert und der Zustand der Patientinnen war ebenso traurig wie vorher. Andere ahm-

ten das Verfahren nach, jedoch mit demselben negativen Erfolge.

Ausser der Narbencontraction gab es noch eine Möglichkeit, die Scheide operativ zu verengern, die sogenannte Elytrorrhaphie. Zuerst führte Marshall Hall dieselbe aus in der Weise, dass er einen langen elliptischen Lappen aus der Schleimhaut der vorderen Scheidenwand excidirte, dann die Ränder des Defectes durch Nähte vereinigte, die nach vollführter Reposition geknotet wurden. Andere, welche bei dem Lospräpariren der Schleimhaut eine Verletzung der Blase befürchteten, excidirten breite Längsstreifen aus der ganzen Länge der Seitenwände. Velpeau schnitt ausserdem noch ein breites Stück aus der Vorderwand. Pauli schnitt Stücke aus, ohne durch Nähte zu vereinigen, wodurch die Wirkung derjenigen des Glüheisens ähnlich wurde. Marion Sims bildete das Verfahren der Kolporrhaphie anterior weiter aus. Da er aber nur oberflächliche Nähte anlegte, so entstand leicht Abscessbildung und er machte nun die Anfrischung in Form zweier divergirender Schenkel, deren Enden nach vorn zu zusammenstiessen, deren hintere Enden nach dem Muttermund zu lagen. Dadurch wurde eine hohle Falte gebildet, die ihren Zweck gut erfüllt haben soll. In einigen Fällen hatte sich der Muttermund in die Falte gezwängt und so den Kranken Beschwerden verursacht, wesshalb Emmet aus den zwei Schenkeln drei in Form eines gleichschenkligen Dreiecks

machte, welche ein Dreieck normaler Schleimhaut einschlossen. Um den Sekreten dieser eingeschlossenen Schleimhaut Abfluss zu vorschaffen, liess Sims eine Oeffnung in dem hinteren nach dem Muttermunde zu stehenden Schenkel. Diese Operation erfreut sich besonders von Seiten der Engländer und Amerikaner grosser Anerkennung und soll vielfach mit Erfolg geübt werden. Das Verhältniss zwischen Erfolg und Misserfolg ist nicht bekannt; jedenfalls lassen sich Zweifel gegen die Sicherheit des Erfolges geltend machen, einerseits praktische, andererseits theoretische. Bei den von Sims selbst berichteten Fällen ist fast ausschliesslich von alten Damen die Rede, die Mittel und Musse gehabt zu haben scheinen, den Erfolg der Operation durch ihr Verhalten zu unterstützen. Simon hat die Operation in fünf Fällen ausgeführt und nur in einem dauernde Heilung erzielt, in welchem die Patientin durch die vorherige Operation eines zugleich bestehenden alten Dammrisses einen sehr breiten und festen Damm erhalten hatte. Es sind also jedenfalls besonders günstige Umstände nöthig, wenn das Verfahren gelingen soll. Auch theoretisch lässt sich die Erfolglosigkeit leicht erklären. Einerseits ist die Verengerung der Vagina bei der Operation mit dem Messer auf die Dauer von ebenso zweifelhaftem Einfluss, wie bei der Aetzung mit nachfolgender Narbencontraction. Andererseits aber muss der Uterus, wie wir bereits oben sahen, ziemlich stark retrovertirt

sein. wenn er prolabiren soll. Ist nun die vordere Scheidenwand durch die Operation verkleinert, während die hintere ihre ursprüngliche Grösse behält, so wird bei gelockerten Verbindungnn des Uterus ein Zug auf die vordere Muttermundslippe ausgeübt. Dadurch kann eine etwa schon bestehende Retroversion nur verstärkt werden, der Weg für den Uterus ist eben so offen wie vorher und die obere Scheidenwand kann bald wieder gedehnt werden. Eine sehr starke Retroversion, bei der etwa der Muttermund nach oben stünde, kann nun allerdings den Prolapsus auch ganz verhindern. Deskalb hat Seyfert vorgeschlagen, künstlich mit der Sonde nach erfolgter Reposition eine starke Retroversion, womöglich eine Retroflexion hervorzubringen. Allein das ist gefährlich, und ausserdem möchten die subjektiven Beschwerden der Retroversion denen des Prolapsus nichts nachgeben. Es wäre eben nur ein anderes Uebel an die Stelle des ersten getreten. — Das direkte Hinderniss, welches bei der Sims'schen Operation dem Vorfalle in Form einer Längsfalte der vorderen Scheidenwand gesetzt ist, kann jedenfalls sehr leicht vom Uterus überwunden werden, denn derselbe stemmt sich beim Herabsinken viel eher auf die hintere, als gegen die vordere Scheidenwaud.

Damit soll nun nicht gesagt sein, dass die Kolporrhaphia anterior nicht im Stande sei, einen Vorfall dauernd zurückzuhalten. Doch spricht die

Erfahrung dafür, dass sie es nur unter besonders günstigen Umständen vermag. Worin diese bestehen, das lässt sich allgemein nicht sagen, und auch im einzelnen Fall wird es schwierig oder unmöglich sein, die Wahrscheinlichkeit des Erfolges vorher zu sagen.

Es lag nahe, die Kolporrhaphia anterior mit der Verlängerung des Dammes zugleich auszuführen. Dies hat denn auch Baker Brown in einer grossen Anzahl von Fällen gethan. Es bleibt jedoch zweifelhaft, ob der Erfolg bei längerer Beobachtungszeit ein ebenso glänzender geblieben wäre, wie er kurz nach der Operation gewesen ist. Jedenfalls lassen sich gegen die Combination beider Methoden dieselben Bedenken geltend machen, wie gegen jede einzelne.

Ein ganz wesentlicher Fortschritt in der Radikalheilung der Uterusvorfälle ist nun in neuerer Zeit durch Simon herbeigeführt. Seine Methode kann natürlich ebenso wenig wie alle anderen Anspruch darauf machen, die anatomischen Verhältnisse zur Norm zurückzuführen, sondern sie hat den Zweck, dem Uterus beim Herabsinken ein bedeutenderes Hinderniss entgegenzusetzen, als es die übrigen Verfahren vermochten. Die Verbesserung besteht darin, dass er statt der Kolporrhaphia anterior die posterior ausführt.

„Zu dem Zwecke wird die hintere Scheidenwand und der hintere Theil der Vulva angefrischt und zwar in der Ausdehnung, dass die Höhe der Anfrischung

von der Umschlagsstelle der Haut der grossen Labien und der hinteren Commissur an nach oben in die Scheide hinein ca. 5—6 Ctm., die Breite in der Vulva ebensoviel, durch allmählige Verjüngung in der Scheide aber an ihrem oberen Ende ca. 1 Ctm. weniger beträgt; zum Behufe der Vereinigung wird die obere Grenze der Anfrischung nicht durch eine gerade Linie, sondern durch einen mit der Spitze nach oben gerichteten stumpfen Winkel gebildet, wodurch die wundgemachte Fläche die Gestalt eines Fünfecks erhält.“ *) Die gegenüberliegenden Wundränder werden durch Nähte vereinigt.

Durch diese Methode wird die hintere Vaginalwand in einen soliden Wall umgewandelt, dessen Höhe und Breite der Grösse der Wundfläche entsprechend sein wird, darin liegt aber der hauptsächliche Effect. Der sich senkende Uterus wird natürlich nicht die Neigung zum Prolabiren verlieren, aber er wird nur den Weg bis zu dem neugebildeten Wall zurücklegen können und sich dann gegen diesen stemmen. Es kann sich dann durch die Schwere des Uterus allmählig eine Art Recessus bilden, welcher vermöge der Festigkeit des Dammes nicht hernienartig werden kann, aber gerade im Stande ist, den Prolaps noch sicherer zu verhindern. Im schlimmsten Fall kann der Uterus nach vorn bis zur Symphyse treten, aber aus den äusseren Geschlechts-

*) Die Retention der Gebärmuttervorfälle von Dr. C. von Engelhardt.

theilen wird er nicht mehr heraustreten können, da der Muttermund während des Vorfallens durch den Wall nach oben geleitet wird und sich dann gegen die Symphyse anstemmt, vorausgesetzt, dass der Wall von genügender Höhe ist.

Noch etwas einfacher ist die neueste von Hegar herrührende Modification. Hegar operirt, indem er ein möglichst grosses Dreieck, dessen Basis nach vorn, dessen Spitze nach hinten sieht, excidirt, und in den weiter unten anzuführenden, von Herrn Prof. Pernice operirten Fällen ist ebenfalls ausschliesslich diese Methode gebraucht. Sie ist einfacher auszuführen; dann aber hat sie den hoch zu schätzenden Vortheil, dass der dadurch gebildete Wall in viel ausgesprochenerer Weise von hinten nach vorne an Höhe und Breite zunimmt, wodurch offenbar das Hinderniss viel schwerer vom Uterus überwunden wird. Die Verengerung der Scheide wird auch hier kaum von grösserer Bedeutung sein als sonst.

Man kann mit grosser Sicherheit selbst bei etwas alterirtem Heilungsverlauf auf Erfolg rechnen. Anspruch auf absolute Sicherheit kann natürlich die Operation ebensowenig wie jede andere machen, denn die individuellen Verschiedenheiten sind bei den weiblichen Genitalien grösser als bei allen anderen Organen. Soviel aber ist bereits durch eine verhältnissmässig grosse Anzahl von Fällen als festgestellt zu betrachten, dass keine der bis jetzt angewendeten Methoden solche Chancen für die Sicher-

heit des Erfolges giebt, wie die Kolporrhaphia posterior. Simon hat bereits 16 Fälle veröffentlichen lassen, bei denen vollkommene Heilung eingetreten sein soll. Von den sechs ersten Eällen war es mir nicht möglich, Näheres zu verschaffen. Von den zehn letzten ist besonders hervorzuheben, dass die meisten der Patientinnen der arbeitenden Klasse angehörten. Die Heilung wurde 4 Monate, 1, $1^1/_2$, $1^3/_4$, 2, 3, 4 Jahre nachher noch constatirt. In dem einen Falle, welcher nach drei Monaten wiederum besichtigt wurde, blieb der Uterus beim heftigsten Pressen reponirt.

In der hiesigen gynäkologischen Klinik hat Herr Prof. Pernice im Verlaufe des letzten Jahres sechs Fälle von Prolaps operirt, deren Veröffentlichung er mir gütigst gestattet hat. Auch diese sechs Fälle werden, trotz der kurzen Zeit, welche seit den Operationen verflossen ist, zur Kolporrhaphia posterior aufzumuntern im Stande sein. Bevor ich jedoch dieselben mittheile, will ich in aller Kürze die Art und Weise schildern, wie die Operation in der hiesigen Klinik ausgeführt wird. Durch die Güte des Herrn Prof. Pernice hatte ich mehrere Male Gelegenheit, sie aus eigener Anschauung kennen zu lernen.

Die Patientin wird auf einem gynäkologischen Untersuchungsstuhl in Steinschnittlage gebracht. Chloroformnarkose ist nicht immer nöthig, da die Vaginalschleimhaut durch Verdickung soviel von ihrer Empfindlichkeit eingebüsst haben kann, dass

Patientin die Operation trotz der langen Dauer ohne nennenswerthe Schmerzen erträgt. — Alle Instrumente nebst den Händen des Operateurs und der Assistenten sind vorher mit 5procentiger Carbollösung desinficirt. Besondere Instrumente sind nicht nöthig. Zwei Assistenten spannen die hintere Vaginalwand mit Kugelzangen und der Operateur präparirt, nachdem Vorzeichnungsschnitte gemacht sind, mit Messer und Hakenpincette unter Carbolspray sorgfältig den zu entfernenden Lappen los. Diese Arbeit erfordert ausserordentliche Geduld und Accuratesse, da es nicht möglich ist, grössere Lappen zu trennen und ausserdem oft die Gefahr einer Verletzung des Rectums oder gar des Peritoneums vorhanden ist. Das für gewöhnlich nicht sehr reichlich fliessende Blut wird von Zeit zu Zeit zur Reinigung des Operationsfeldes von den Assistenten mit ausgedrückter Carbolwatte abgetupft. Nachdem das betreffende Schleimhautstück herauspräparirt ist, werden etwa noch stehen gebliebene Reste mit der Cooperschen Scheere abgetragen. Darauf wird mit Carbollösung irrigirt und die Ränder durch oberflächliche und tiefe Seidensuturen nach der Mitte zu vereinigt. Die Suturen müssen so angelegt werden, dass sie Theile der wunden Fläche mitfassen. Die Nadeln müssen desshalb abwechselnd mehrere Male ein- und ausgestochen werden. Die Reposition wird je nach der Zweckmässigkeit vorher oder nachher gemacht. Die Operation schliesst mit Lister'schem Verband durch

Protectif, Jute und T-binde. Wie lange die Suturen liegen bleiben, richtet sich nach dem Verlaufe. Die Nachbehandlung besteht in sorgfältiger Reinhaltung der Wunde durch Carbol und Lister. Jedenfalls ist das zweckmässiger, als dieselbe für unnöthig zu erklären. Der Urin muss nöthigenfalls mit dem Katheter entleert werden; für normalen Stuhl ist zu sorgen. Ruhige Rückenlage ist selbstverständlich. Fieber ist bei antiseptischem Verfahren wohl nur ausnahmsweise vorhanden.

Die sechs auf diese Weise operirten Fälle sind:

Nr. 1. W. E., 34 Jahre alt, hat zwei Geburten überstanden, eine vor 12 Jahren, eine vor 1 Jahr. — Uterus leicht beweglich, leicht antevertirt, Port. vag. ziemlich weit schräg nach hinten gerichtet. Beide Vaginalwände prolabirt. — Pat. wird zuerst mit Mayer'schem Ringe behandelt, wonach das Befinden etwas besser. Ein Zwank'sches Hysterophor wird nicht vertragen. — Es entwickelt sich bei der Kranken eine acute Hysterie, welche in allen möglichen Schmerzempfindungen besteht. Sie verlässt kaum das Bett und magert ab. Objectiv ist sonst nichts nachzuweisen. Allmählig besserte sich der Zustand. — Den 4. Febr. Kolporrhaphia posterior. In den folgenden Tagen sehr starker Fluor, die Wunde fängt an zu ulceriren. — Den 25. Febr. starkes Oedem des linken Beins, wahrscheinlich in Folge von Thrombose. Im März verlässt Pat. das Bett, die Ulceration dauert fort, das Oedem ver-

schwindet unter Einwicklnng, warmen Bädern und subcutanen Carbolinjectionen. Der Prolaps ist vollkommen geheilt, mässiger Fluor besteht noch. Ein Theil der hinteren Scheidewand stülpt sich zwar noch etwas vor, ohne jedoch in den äusseren Genitalien sichtbar zu werden.

Nö. 2. Frau S., 30 Jahre alt. 2 Geburten. Am 2. Tage des 2. Wochenbetts stand Pat. auf und ging zur Arbeit. Bald darauf bemerkte sie eine Senkung, die in den letzten 3 Jahren zu jetziger Grösse anwuchs. — Uterus descendirt, der untere Theil prolabirt, elongirt, Höhle $5^1/_2$ Zoll, wovon der grösste Theil auf den Cervix kommt. Porg. vag. auf der Höhe des Prolaps. Erosion am lab. post. Cervicalkatarrh. Totaler Prolaps beider Wände, Cystocele, keine Rectocele. —

Den 8. Dezember 78. Nach Hegars Methode Kolp. post. Hierbei wurde das Rectum verletzt, indem die Scheidenwand von unten durch den in dasselbe geführten Finger gespannt wurde. Das entstandene Loch mit 6 Catgutfäden geschlossen. Der Defect mit tiefen Seidensuturen geschlossen, die obersten wurden sofort geknotet, der Vorfall reponirt und nun die unteren geknotet. Protectiv, Jute, T-binde. — Nachmittags erfolgt dreimaliger Collaps, welcher durch Ol. camphor. und Sect gehoben wird. —

Den 14. Dezember werden 4 Suturen, welche durchzuschneiden drohen, entfernt. —

Den 18. Dezember lässt sich eine Mastdarmfistel nachweisen. —

Den 19. Dezember. Entfernung sämmtlicher Suturen; die Wunde im oberen Drittel per primam geheilt. Scheiden-Mastdarmfistel $1^1/_2$ Cm. lang. —

Den 5. Januar 79. Die Fistel ist auf $^1/_2$ Cm. geschrumpft, lässt keinen Koth mehr durchdringen. —

Den 8. Januar. Die Fistel mit dem Ferrum candens behandelt. —

Den 10. Januar. Der Uterus ist auf $3^1/_2$ Zoll zurückgebildet. Wird ohne Pessarium vollständig gut zurückgehalten. Pat. stellt sich in der Folge noch mehrfach vor und wird die Fistel noch dreimal gebrannt.

Mitte März sind Uterus und Vagina in vollständig normaler Lage. Die Fistel geschlossen. Pat. thut schwere Arbeit.

No. 3. Frau F., 24 Jahre alt. 3 Geburten, bei der ersten Dammriss. Prolaps des Uterus und der Vagina, die Port. vag. vor den äusseren Genitalien.

Den 24. Januar. Aus der hinteren Scheidenwand ein Dreieck lospräparirt, dann die Dammnarbe exstirpirt, dann die Scheiden-, endlich die Dammnähte von Seide mit zwischenliegenden oberflächlichen Catgut suturen angelegt. —

Den 29. Januar. Entfernung der Dammnähte, Damm per primam geheilt. Ebenso die unteren die Scheidennäthe entfernt. Ganz unten in der Scheide eine oberflächliche Ulceration, aufwärts Heilung per

primam. Die 3 obersten Suturen bleiben noch liegen, da sie ohne stärkere Dehnung der Scheide nicht zu entfernen sind. —

Den 3. Februar. Entfernung der letzten Nähte, Scheide vollständig geheilt bis auf eine kleine Ulceration. —

Den 13. Februar. Vollkommene Heilung.

No. 4. M. S., 37 Jahre alt. 1 Geburt vor 4 Jahren. Prolapsus vaginae totalis. Cystocele. Grosses Ulcus auf der Port. vag.; Uterus prolabirt, elongirt, orif. ext. auf der Spitze des Prolaps weit vor den äusseren Geschlechtstheilen. Die Sonde ergiebt eine Verlängerung der Höhle auf $5^1/_2$ Zoll. Vaginalwände lederartig verdickt. —

Den 25. Februar. Aus der vorderen und hinteren Muttermundslippe wird je ein Keil excidirt, um die grosse Ulceration zu entfernen; die beiden Wunden durch Nähte geschlossen. Auf der hinteren Lippe entsteht ein Ektropion der Cervicalschleimhaut. Der Prolaps wird nicht reponirt. —

Den 2. März. Entfernung der Nähte, Heilung per prim. Reposition des Prolaps. — Aus dem Ektropion bildet sich ein Entropion. —

Den 10. März. Kolpor. post. —

Den 16. März. Pat. ist stets während der Nacht heimlich aufgestanden und umhergelaufen. Heilung per prim. nicht erfolgt. Die Nähte werden bis auf die obersten entfernt. Nur in der oberen

Hälfte, wo Vereinigung stattgefunden zu haben scheint, bleiben die Nähte liegen. —

Den 18. März. Starke Metrorrhagie, welche die Tamponade erfordert. Der letzte Rest der Wunde wird dadurch auseinandergezerrt, sodass sie nunmehr in ihrer ganzen Ausdehnung ulcerirt. —

Den 2. April. Entfernung der 4 oberen letzten Nähte; die Wunde oben geheilt, unten ulcerirend. — Pat. klagt über Schmerzen im rechten Bein; Anschwellung des Kniegelenks, sowie Oedem des Beins. — Nach Vernarbung der ulcerirenden Fläche ist der Vorfall vollkommen geheilt. — Pat. wird wegen wahrscheinlicher Lues der chirurgischen Klinik überwiesen.

No. 5. C. H., 39 Jahr alt. 2 normale Geburten vor 11 und 14 Jahren. Nach der ersten entstand ein geringer Prolaps, weil Pat. zu früh wieder schwer arbeitete. Der Prolaps nahm beständig zu. Vor 2 Jahren wurde die Vaginalportion wegen Hypertrophie amputirt und der Pat. ein Breslau'sches Pessarium gegeben. Seit $^1/_2$ Jahr ist der Prolaps auf keine Weise zurückzuhalten. — Aus den äusseren Geschlechtstheilen prolabirt die vordere Scheidenwand als Tumor von der Grösse einer Faust. Mehrere Ulcerationen. Die Vaginalportion vor den äusseren Geschlechtstheilen, durch eine an der linken Seite des Tumors gelegene Narbe (von der Amputation herrührend?) nach links verschoben. Die Sonde zeigt den Uterus um fast das dreifache vergrössert. Die Blase fast bis zum tiefsten Punkte

des Vorfalls. Wird der Tumor reponirt, so verursacht dies bedeutende Beschwerden, auch fällt er bei der geringsten Bewegung wieder vor. —

Den 13. Mai. Incision der Narbe durch verschiedene von oben nach unten geführte Schnitte, Reposition des Vorfalls. —

Den 20. Mai. Kolpor. anterior. Aus der vorderen Scheidewand wird ein oblonges Stück, 10 Cm. lang, 4 Cm. breit, entfernt und die Ränder vereinigt. In den nächsten Tagen geringe Blutung. Ein Bausch feuchter Carbolwatte wird in die Scheide gelegt, der von Zeit zu Zeit erneuert wird. Vom 4. Tage an hört die Blutung auf. —

Den 27. Mai. Herausnahme der Suturen. Dieselben sind im unteren Abschnitt zum Theil ausgerissen wegen grosser Zerreisslichkeit der Schleimhaut, so dass hier eine 2 Cm. breite Fläche entsteht, welche ulcerirt. In der oberen Hälfte Heilung per prim. Wiederholte Aetzungen der Ulceration mit Arg. nitr. —

Den 25. Juni. Der Prolaps tritt beim Herumgehen nur noch wenig hervor, dagegen noch stark beim Drängen zum Stuhl. —

Den 4. Juli. Kolpor. post.; der Schnitt beginnt in der Narbe unmittelbar unter dem Muttermund und reicht bis an den Scheideneingang. Eine Draht- und zahlreiche Seidensuturen. —

Den 5. Juli. Der Urin heut und gestern mit dem Katheter entleert. —

Den 7. Juli. Oefterer Drang zum Uriniren; Urin klar. Eitriger Ausfluss aus der Scheide in kleiner Menge.

Den 13. Juli. 7 Nadeln entfernt. — Kurze Zeit später Heilung des Prolaps; die hintere Scheidenwand stülpt sich noch ein wenig hervor.

No. 6. Frau F., 30 Jahre alt. 6. Geburten. 1 Mal vor 1 Jahr Abortus im 2. Monat der Schwangerschaft. Die beiden letzten Kinder in Gesichtslage. Uterus stark retroflectirt, Port. vag. steht etwas tiefer als normal. — Hintere Scheidenwand prolabirt, doch nicht bis vor die äusseren Geschlechtstheile. Pat. hat längere Zeit Pessarien getragen, welche jedoch beständig drückten.

Den 22. April. Kolpor. post; Höhe des Dreieckes 7, Basis 4 Cm.

Den 23.—25. April. Mässige Blutung, welche aus dem Uterus zu kommen scheint und wohl für zu früh auftretende Regel angesprochen werden muss. — Der untere Theil der Naht ist etwa 1 Cm. breit auseinandergewichen, die untersten beiden Suturen werden entfernt. —

Den 1. Mai klagt Pat. über heftiges Schneiden beim Uriniren. Der Urin zeigt stark eitrigen schleimigen Niederschlag. Abends 38° C. Temperatur. Blasenkatarrh, wahrscheinlich durch einige Male ausgeführte Katheterisation. Derselbe wird durch Ausspülung mit Kal. hypermang. beseitigt. —

Den 5. Mai. Pat. verlässt das Bett, fühlt sich noch sehr angegriffen, sonst leidlich wohl. —

Den 8. Mai. Die letzten Suturen werden entfernt, die obere Hälfte ist per prim. geheilt. Nach 14 Tagen vollständige Heilung des Prolaps.

Somit wurde in sämmtlichen 6 Fällen trotz mancher Unregelmässigkeiten des Verlaufs Heilung des Vorfalls erzielt. Freilich lässt sich noch nicht sagen, ob dieselbe eine dauernde sein wird, doch lässt sich nach den Erfahrungen, welche bis jetzt mit der Kolpor. post. gemacht sind, das Beste erwarten. — In keinem der Fälle ausser in dem mit Blasenkatarrh complicirten war Fieber vorhanden. Besonders erwähnenswerth erscheint mir der Umstand, dass in Nr. 2 nach der Operation in der Scheide sich der Uterus um 2 Zoll zurückbildete. Dieser Effect kann nicht auf Rechnung des Blutverlustes, wie etwa bei Scarificationen der Vaginalportion, geschrieben werden, sondern hat vielleicht, wie schon oben angedeutet, darin seinen Grund, dass der Vaginalprolaps das Primäre war und das Secundärleiden sich nach Rückbildung des Primärleidens ebenfalls zurückbildete.

Es erübrigt noch, Einiges über die Indicationen, die Bedingungen und die Gefährlichkeit der Operation zu sagen.

Da keine der Operationen auf die den Vorfall veranlassenden Momente einzuwirken vermag, so ist selbstverständlich nicht zu operiren, wo, wie in der

Mehrzahl der frisch entstandenen Fälle, das Grundübel gehoben werden kann. Dagegen ist sie bei den meisten chronischen Fällen von Prolaps, die bedeutendere Beschwerden verursachen, indicirt. Man könnte sogar bei dem heutigen antiseptischen Verfahren die Operation auch bei leichteren Fällen empfehlen, in denen die Radicalheilung gewünscht wird. Man wird bei blossen Vaginalvorfällen die Kolpor. ant. od. post. oder beide, bei Uterusprolaps aber ganz gewiss die Kolpor. post. auszuführen haben. Wenn es zweckmässig erscheint, so kann man vor der Kolpor. post. die ant. machen, doch wird es sich nach den bis jetzt gemachten Erfahrungen empfehlen, sich niemals mit der Kolpor. ant. allein zu begnügen, denn obgleich dieses Verfahren ebenfalls vielfach mit Erfolg geübt worden ist, so ist es doch in hohem Grade wahrscheinlich, dass eine Menge von Fällen erfolglos operirt worden sind, welche nicht zur Kenntnissnahme gekommen sind. — Die Radikaloperation möchte sich nun gerade für solche Fälle eignen, in welchen der Prolaps durch ein Pessarium zurückhaltbar ist, denn in diesem Falle wird man mit Sicherheit auf einen Erfolg der Operation rechnen können, und die Patientin ist durch die wenigen unbequemen Wochen nach der Operation von ihrem Leiden und den Inconvenienzen des Pessariums befreit. Die Radikaloperation hat ausserdem wenig Einfluss auf die Geschlechtsfunction, denn es sind Fälle verzeichnet, in denen nach derselben normal

geboren wurde und der Prolaps doch geheilt blieb. Natürlich wird man sich in jedem einzelnen Falle noch nach dem Wunsche und den Verhältnissen der Patientin zu richten haben.

Was die Bedingungen für die Operation betrifft, so lässt sich etwa Folgendes darüber sagen: Der Vorfall muss so sein, dass seine Heilung durch mildere Mittel nicht möglich erscheint, doch werden diese Fälle, wie schon oben auseinandergesetzt ist, selten sein. Die Ursache des Leidens darf nicht derartig sein, dass sie durch Verengerung des Bauch- und Beckenraumes voraussichtlich ohne Erfolg ist. Zuweilen lassen sich solche Ursachen, z. B. Geschwülste entfernen, zuweilen, z. B. Skeletdeformitäten, nicht, doch kommt diese Contraindication gewiss nur bei sehr hochgradigen Veränderungen in Betracht. Eine weitere Bedingung besteht in der Abwesenheit intensiver Erkrankungen oder allgemeiner Schwächezustände. Diese lassen sich gewiss oft durch geeignete Behandlung beseitigen oder mildern. Hohes Alter mit Decrepidität macht die Operation nicht rathsam, auch erscheint sie in diesem Falle ziemlich zwecklos. Die Zahl der Jahre kommt hier selbstverständlich weniger in Betracht als die individuelle Körperbeschaffenheit. — Bei localen syphilitischen Affectionen muss der Operation eine antisyphilitische Cur vorangehen. — Endlich könnte in einzelnen Fällen ungewöhnliche Varicose der Venen die Operation bis zur Unmöglichkeit erschweren.

Bei vorgelagertem und irreponiblem Uterus mit Gangrän oder maligner Neubildung würde zur Rettung des Lebens der Patientin die Exstirpation des Uterus in Frage kommen, wie sie Langenbeck der Aeltere mit Glück ausführte.

Um nun noch einige Worte über die Gefährlichkeit der Operation hinzuzufügen, so könnte dieselbe nur durch Ausgang in Pyämie oder Septikämie lebensgefährlich werden. In der That sind einige Fälle der Art erwähnt, doch sind diese bei der grossen Zahl von Operirten verschwindend selten, selbst zu einer Zeit, wo das antiseptische Verfahren noch gar nicht oder noch nicht in solcher Ausbildung bis in's Detail en vogue war, wie es heut zu Tage der Fall ist. Jetzt kann man vollends die Operation nur unter besonders ungünstigen Umständen für lebensgefährlich halten und sie lässt sich daher in jeder Hinsicht mit den oben angegebenen Einschränkungen empfehlen. Weitere Ausführungen werden über weitere Erfolge Kunde geben; es lässt sich hoffen, dass man bald im Stande sein wird, erfolgreich gegen das lästige Uebel anzukämpfen.

Literatur: Krankheiten des weiblichen Geschlechts von H. Beigel. — Die operative Gynäkologie von Hegar und Kaltenbach. Erlangen 1874. — Schröder, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Ziemssen. Bd. X. — Anatomie und operative Behandlung der Gebärmutter- und Sheidenvorfälle von Dr. W. Hüffell. Freiburg i. B. 1873.

Lebenslauf.

Ich, Reinhard Koehne, Sohn des Landwirths Wilhelm Koehne und der Bertha Koehne, geb. Prömmel, evangel. Confession, bin geboren den 10. Januar 1854 zu Sasterhausen in Schlesien. Vom Januar 1864 bis Ostern 1869 besuchte ich das französische Gymnasium zu Berlin, von Ostern 1869 bis Michaelis 1873 das Gymnasium zum Grauen Kloster. Nachdem ich in Berlin und Heidelberg 2 Jahre Jura studirt hatte, widmete ich mich von Michaelis 1875 bis jetzt dem Studium der Medizin in Berlin und Greifswald. Im Sommer 1876 absolvirte ich in Berlin meine active Militärzeit. In Greifswald wurde ich am 30. October 1876 von dem damaligen Rektor, Herrn Prof. Dr. Mosler, immatrikulirt und von dem gleichzeitigen Dekan der medizinischen Fakultät, Herrn Prof. Dr. Landois, in das Album der medizinischen Facultät inscribirt. Am 15. October 1877 bestand ich das Tentamen physicum und am 17. Juli 1879 das Examen rigorosum.

Während meiner juristischen Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren:

Institutionen, Röm. Rechtsgeschichte, Nationalökonomie, Pandekten, deutsche Reichs- und Rechtsgeschichte, Erbrecht, Civilprocess, Criminalrecht, Criminalprocess, Privatrecht. Dernberg, Wagner, Windscheid, Bruns, Brunner, Gneist.

Während meiner medizinischen Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

Prof. Dr. Arndt: Allgemeine und specielle Psychiatrie mit Demonstrationen.

Geh. Rath Prof. Dr. Budge: Präparirübungen. Anatomie der Sinnesorgane. Myologie und Splanchnologie. Angiologie und Neurologie.

Dr. Budge: Mikroskopische Anatomie. Mikroskopischer Cursus.
Prof. Dr. Eulenburg: Motilitätsneurosen. Elektrotherapie. Arzneiverordnungslehre.
Prof. Dr. Grohé: Geschwülste. Practischer Cursus der pathologischen Anatomie.
Prof. Dr. Hartmann: Osteologie und Syndesmologie. Anatomie der Sinnesorgane.
Prof. Dr. Hofmann: Experimentalchemie.
Prof. Dr. Hueter: Allgemeine Chirurgie. Operationen am Kopf. Chirurgische Klinik und Poliklinik. Operationscursus. Chirurgische Diagnostik.
Prof. Dr. Landois: Experimentalphysiologie. Entwickelungsgeschichte. Praktischer Cursus der Physiologie.
Prof. Dr. Limpricht: Experimentalchemie. Chemisches Practicum.
Prof. Dr. Mosler: Specielle Pathologie und Therapie. Physikal. Diagnostik. Medicinische Klinik und Poliklinik.
Prof. Dr. Münter: Allgemeine und systematische Botanik.
Geh. Medic.-Rath Prof. Dr. Pernice: Gynäkologische Klinik.
Dr. v. Preuschen: Theorie der Geburtshülfe. Pathologie und Therapie des Wochenbettes. Geburtshülfliche Operationen.
Prof. Dr. Scholz: Grundzüge der Mineralogie.
Prof. Dr. Schirmer: Augenklinik. Augenoperationscursus.
Dr. Schüller: Verband- und Instrumentenlehre.
Prof. Dr. Sommer: Grundzüge der vergleichenden Anatomie.
Prof. Dr. Vogt: Knochenbrüche und Verrenkungen. Chirurgische Kinderpoliklinik.
Prof. Dr. Reichert: Secirübungen. Histologie. Anatomie des Gehirns. Entwickelungsgeschichte.

Allen diesen hochverehrten Herren Lehrern und speciell dem Herrn Geh. Medic.-Rath Prof. Dr. Pernice sagt der Verfasser seinen wärmsten Dank.

THESEN.

I.

Zur Radikalheilung des Prolapsus uteri ist die Kolporrhaphia posterior jeder andern Operation vorzuziehen.

II.

Auch bei normaler Geburt ist die Chloroformnarkose nicht zu verwerfen.

III.

Bei Verengerung der Geburtswege durch Carcinom ist die Entbindung durch die Sectio Caesarea indicirt.